Med. Sch.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
4 APR 1934

DIRECTOR

Dr. Luis Méndez

(Director del Hospital General)

CUERPO DE REDACCION

DOCTORES:

JEFES DE SERVICIO

Amor E. Rosendo.
Andrade Cayetano.
Argil Gustavo.
Ayala González Abraham.
Camacho Humberto.
Cosío Gonzalo.
Cosío Villegas Ismael.
Chávez Ignacio.
De los Ríos Arturo.
Fernández Darío.
G. Campos Luis.
G. Somonte Mariano.
G. Ugalde Amador.
Gómez Antonio.
González Guzmán Ignacio.
González H. Salvador.
González Méndez Julián.
Gayol Rodolfo.
Guadarrama Leonides.
J. Castillejos Manuel.
Longoria Emilio.
Luis Torroella Juan.
Martínez Báez Manuel.
Mendizábal Pablo.
Millán Ignacio.
Monges López Abelardo.
Mora Juan.
N. Andrade Juan.
N. Vasavilbaso Juan.
Ortiz Manuel.
Ortiz Tirado Alfonso.
Quiroz Fernando.
Rojina Ricardo.
Salas Gregorio.
Sousa y Abarca Alfonso.
Troconis A. Germán.
Ulrich Ernesto.
Vázquez Mariano.
Verges Alejandro.
Villanueva Aquilino.
Vignon Eduardo.
Villela Enrique.

INTERNOS

Alvarado Salvador.
Ayala González Rodolfo.
Barreeta Pablo.
Bandala Octavio.
Bustos Armando.
Correa Joaquín.
De Hoyos Darío.
Fuertes Angel.
Flores Benito.
Fonseca Francisco.
García Noriega José.
Lezama Manuel.
Longoria Javier.
Ortiz Eliseo.
Pesqueira Manuel.
Zenteno Genaro.

ADJUNTOS

Aceves Salvador.
A. Guevara José.
Aguilar Rigoberto.
A. Manzanilla Manuel.
Alfaro Roberto.
Betancourt Alejandro.
Carrillo y Cárdenas Clemente.
Castañeda Manuel.
Castillejos Joaquín.
Coqui Carlos.
De Noriega Enrique.
Díaz Pérez Juan.
Farril Juan.
Flores Ramón.
Fuentes Mario.
García R. Wistano.
Gamboa Roberto.
G. de Quevedo Angel.
González Guzmán José María.
Graham César.
Guinea Julián.
Guadalajara Alfonso.
Guevara Alejandro.
Guevara Rojas Alberto.
Huerta Luciano.
Kirchner Ricardo.
Lara Rivas Arturo.
Medina Fernando.
M. Torres Carlos.
Pavía Lázaro.
Puig Magín.
Quiñones Mario.
Ramiro Moreno Abel.
Ricalde y G. Rubén.
Rivas Eduardo.
Tapia Ricardo.
Trinidad Cano J. . .
Vaquero Manuel.
Vaquero Luis.
Véjar L. Carlos.
Verti Ignacio.
Vergara Lino.
Vergara Alfonso.

Noviembre de 1933

AÑO VIII

No. 51

FARMAMEX

PRODUCTOS FARMACEUTICOS, S. A.

Luis Moya Núm. 24 — Apartado 1257

MEXICO, D. F.

MAX ABBAT

MUY ATENTAMENTE RECOMIENDA A LOS MIEMBROS DEL H. CUERPO MEDICO MEXICANO LOS SIGUIENTES PRODUCTOS

Panglandina Couturieux

COMPRIMIDOS

La fórmula pruriglandular más completa y mejor dosificada

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

D. S. P. 4866

Lantol Couturieux

AMPOLLETAS

En las infecciones graves el Lantol Couteriux hace baja r la temperatura. Provoca una hiperleucocitosis general intensa.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 2245 D. S. P.

Bismuthoidol Robin amp.

Bismuto coloidal en solución acuosa, completamente indoloro, no se acumula en el organismo, no provoca choque hemoclásico.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 10431. D. S. P.

Inmunizols Gremy

AMPOLLETAS

Inyectable y Caldo Vacuna

Sedol Buisson

AMPOLLETAS

Sedante del dolor. . . . y ninguna de sus pobres imitaciones.

Este producto está sujeto para su venta a las disposiciones legales que rigen sobre productos enervantes y sólo podrá usarse por prescripción y bajo la vigilancia médica. No. 6497 D. S. P.

Hemotonine Buisson

AMPOLLETAS

Complejo de hierro y estricnina en combinación con el arsénico y los fósforos orgánicos

Iodone Robín

Gotas No. 8228 D. S. P.

Amp. { 0.02: No. 4149 D. S. P.
0.04: No. 2897 D. S. P.

Combinación de albuminoidea de yodo, preparado con peptona de carne de origen trípsico.

Usese por prescripción médica.

Inmuniderm Gremy

Pomada de antivirus y bacteriófago.

No. 6280 D. S. P.

Agente MAX ABBAT

LUCERNA No. 47 MEXICO, D. F.

PRODUCTOS OPOTERAPICOS "CHAIX"

Extractos.— INYECTABLES, COMPRIMIDOS, GLICERINADOS Y JARABES

TODOS LOS ORGANOS
Ext. Bazo y Médula
" Cerebral.
" Ganglios Linfáticos.
" Hepático.
" Intestinal.
" Medular.
" Miocárdico.
" Muscular.
" Pancreático.
" Pulmonar.
" Retiniano.

TODAS LAS GLANDULAS
Ext. Explénico.
" Hipofisario.
" Mamario.
" Renal.
" Orquítico.
" Ovárico.
" Plascentario.
" Prostático.
" Para-Tiroide.
" Surrenal.
" Tiroide.
" Entero-secretina.
" Entero-Kinasa.

PIDA NUESTRO FOLLETO ESPECIAL COMPLETO

Establecimientos Lauzier, S. A.

REPRESENTANTES. APARTADO 399 MEXICO, D. F.

SEÑOR DOCTOR:

¿Ya experimentó Ud. este nuevo producto de patente? Si no, hágalo ahora mismo, solicitando una muestra a "BEICK FELIX" y Cía.
Apartado 313 Av. Madero 39 México, D. F.

"PALMATONE"

SIMPLE Y CREOSOTADO

EN SU DROGUERIA FAVORITA PIDA UN FRASCO DE PALMATONE. - PRECIO: $ 2.00

PALMATONE Simple:

Magnífico medicamento adyuvante, por sus propiedades como tónico y estimulante de la nutrición, en los casos de enfermedades nerviosas, anemia, pérdida de peso y falta de apetito.

Reg 7585 D. S. P

PALMATONE Creosotado:

Verdadero reconstituyente y tónico. Facilita eficazmente la expectoración en casos de bronquitis y demás afecciones pulmonares.

Reg. 6353 D. S. P.

Sus pacientes pueden adquirirlo en toda droguería o botica por $2.00 frasco.

En esta época moderna—

se prefiere la luz eléctrica a las lámparas de petróleo y los automóviles a los coches de caballos de épocas antiguas porque se obtienen mejores y más rápidos resultados.

AGAROL *es la emulsión original de aceite mineral y agar agar con fenolftaleína. Suaviza el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.*

No. 8197
D.S.P.

En el tratamiento del estreñimiento, la época moderna ha traido un procedimiento moderno: AGAROL, que por ser moderno combina a su eficacia su buen sabor. No tiene gusto aceitoso ni aromáticos artificiales.

Para probar su eficacia se envían muestras gratis a los médicos.

AGAROL

Para el Estreñimiento

Cía. Medicinal "LA CAMPANA" S. A. Apartado 424—México, D. F.

¡Novedad!

PER-ABRODIL

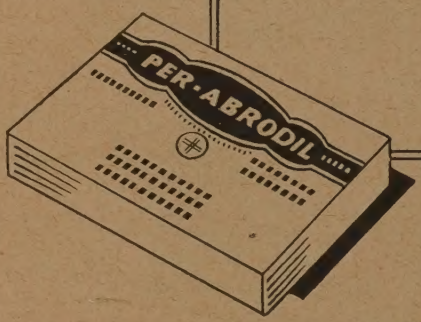
M. R.

Medio de contraste, de uso intravenoso, para la urografía.

Pequeño volumen de inyección

1 ampolla de 20 c.c. (de la solución al 35%) es suficiente para obtener una irreprochable radiografía de contraste de las vías urinarias. Además no es necesaria la inyección lenta.

Envases originales:
Cajas de 1 y 5 ampollas de 20 c.c.



BAYER

M. R.

Rgdo. No. 9715. D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

LA QUIMICA INDUSTRIAL *Bayer-Meister Lucius*

WESKOTT & CIA.

San Juan de Letrán 24. Apdo. 45 bis.

MEXICO, D. F.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

Registrada como artículo de segunda clase, con fecha 23 de diciembre de 1930.

DIRECTORIO

DIRECTOR

DR. LUIS MENDEZ

(Director del Hospital General)

M. LEON DIAZ

Administrador.

Apartado 85.

Eric. 9-13-99. Mex. L 02-92.

Hospital General.

MEXICO, D. F.

PRECIO DE SUBSCRIPCIONES:

Para el interior de lo República, Estados Unidos, Islas Filipinas, Cuba, Canadá, España y América en general:

Por un año .. .. $ 10.00

Para los demás países de la Unión Postal Universal:

Por un año .. .. $ 20.00
Números sueltos 1.00
Números atrasados 1.50

Nuestros precios para el extranjero son en dólares o su equivalente en Moneda Nacional.

Se acepta coloboración, pero en ningún caso se devolverán originales. Toda correspondencia relacionada, con la Redacción de este periódico, debe dirigirse al Director.

Para cambio o suspensión de anuncio, o de subscripciones, debe darse aviso por escrito a la Administración.

Correspondencia sobre anuncios y subscripciones diríjase al Administrador.

SUMARIO:

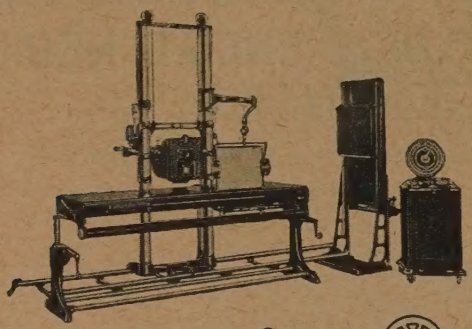
Pág.

El Problema Científico del Cáncer en México.—Necesidad de una Clínica de Cáncer, su importancia y sus requisitos. Por el Dr. Ignacio Millán, ... 1773

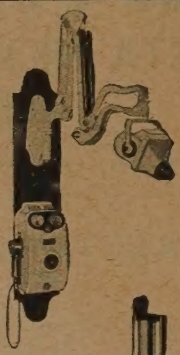
Una Aclaración sobre la Revisión Uterina. Por el Dr. Luis G. Campos 1781

Recopilación de lo que se ha escrito sobre la Exploración Radiológica en Ginecología. Por el Dr. Alfonso Sousa y Abarca. 1785

Operaciones Toracoplásticas. Por el Dr. George Straube, (Traducción del Dr. Fernando Rueda Magro 1795



Equipo Shock-Proof Modelo "A" para Hospitales y Clínicas.



Nuevo Equipo CDX para Rayos X en la Odontología.

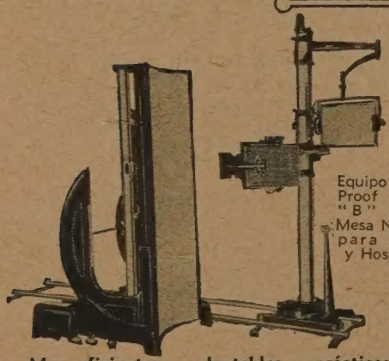
EQUIPOS "A PRUEBA DE CHOQUES" Para RAYOS X

Los Aparatos de Rayos X Victor Shock-Proof de diversos diseños se encuentran hoy día en uso en todo el mundo. Cada unidad representa por sí sola un desarrollo de verdadera significación para aquellos que desean la mayor adaptabilidad, conveniencia y seguridad en el diagnóstico roentgenológico.

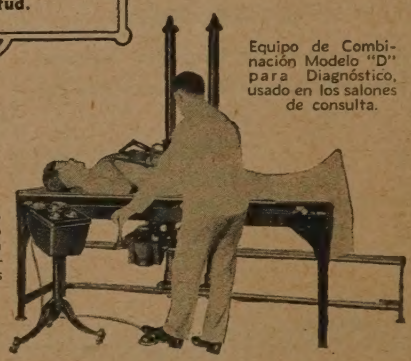
Se suministran varios diseños, cada uno para adaptarse de la mejor manera a los requisitos individuales. Información detallada será enviada a solicitud.

Unidad Movible Modelo "B" para Fluoroscopia.

Equipo Shock-Proof Movible Modelo "D" para Radiografía al lado de la cama del paciente y en el consultorio.



Equipo Shock-Proof Modelo "B" con la Mesa No. 23— para Clínicas y Hospitales.



Equipo de Combinación Modelo "D" para Diagnóstico, usado en los salones de consulta.

Muy eficientes — adaptables — prácticos — de fácil manipulación y a prueba de choques.

VICTOR X-RAY CORPORATION, S. A.

Gante y 16 de Septiembre

Apartado No. 403

MEXICO, D. F.

ORGANIZACION DE LA GENERAL ELECTRIC

El problema científico del cáncer en México

Necesidad de una Clínica de cáncer, su importancia y sus requisitos

Por el Dr. Ignacio Millán, M. C.
Del Instituto del Cáncer, de la ciudad de Nueva York.—Jefe del Serv. del Cáncer del Hosp. Gral.

EN alguna ocasión (1) hemos hecho una revisión superficial y rápida de la mortalidad por cáncer en la República de México. Estudios ulteriores nos permitieron precisar mejor nuestras investigaciones, y en alguna otra parte (2) hemos llamado la atención sobre ciertos aspectos peculiares del cáncer en México, principalmente sobre la preponderancia en el sexo femenino, y la exagerada incidencia en los órganos de la reproducción de dicho sexo.

Según las estadísticas de Salubridad Pública para los años de 1931 y 1932, la mortalidad por cáncer en el D. F. correspondía, por sexos: al 75.1 y 73.8 para ambos años al femenino solamente. Dentro de la mortalidad en el sexo femenino, es extraordinariamente importante notar que el cáncer de los órganos de la reproducción de la mujer ocasiona una mortalidad que corresponden al 45 por ciento de la mortalidad total por cáncer.

Muchos otros investigadores han estudiado el problema social del cáncer en México, y entre ellos Hoffman ha contribuído con notables trabajos, basándose en las estadísticas mexicanas y en estudios personalmente llevados a cabo en visitas especiales al país. Hoffman encontró que el cáncer en la ciudad de México había producido una mortalidad durante el período comprendido entre 1908-12 (3), equivalente a 48.2 por 100,000 habitantes. La relación para ambos sexos era en aquel período, de 27.3 para el sexo masculino, contra 68.3 del sexo femenino para.... 100,000 habitantes. Este mismo estatígrafo repitió sus estudios en 1926 con los siguientes resultados, en relación con aquellas consideraciones:

"De acuerdo con los órganos atacados, la forma predominante de cáncer en México es la de los órganos de la reproducción de la mujer...."

Desgraciadamente, nuestras estadísticas, según hemos tenido oportunidad de acentuarlo en otra ocasión, adolecen de graves defectos, entre los cuales, los más notables son los errores de diagnóstico, la imprecisión con que los certificados de defunción se

(1).—Millán Ignacio: Conferencia ante el Ateneo de Ciencias, Sección de Eugenesia: "El problema social del Cáncer y sus relaciones con la Eugenesia. Herencia".

(2).—Millán Ignacio: "El problema del Cáncer en México".—MEDICINA.—XIII: 199-1933.

(3).—Hoffman Frederick L.: "The Mortality from Cáncer throughout the World".—1915.

extienden a veces, la desproporcionada distribución de la clase profesional médica condensada en centros populosos, y carente en absoluto en numerosos poblados. El Censo del cáncer verificado por salubridad en 1929 revela que más de la mitad de la población de la República carece de servicios médicos oficialmente reconocidos. Todo esto contribuye poderosamente a que los estudios estadísticos sean muy defectuosos e imperfectos, impidiendo dar juicios definitivos al estado exacto de la mortalidad, incidencia y morbilidad por cáncer. Ello ha sido la causa de que Hoffman (4) llegue a conclusiones que, si son correctas por lo que concierne a la estadística y a sus observaciones personales (5), se presten a objeciones derivadas de lo que la práctica diaria nos enseña, y es, que el cáncer no es tan raro en las clases indígenas como parecería deducirse de la observación de las estadísticas. Es un hecho notorio que nuestras clases indígenas acuden al médico sólo cuando concurren las siguientes circunstancias: estado de proximidad a los centros donde existen médicos titulados; estado de gravedad suma, por la fuerza de la policía. La influencia del curandero entre la población campesina, indígena o no, se manifiesta en la dificultad hasta para definir las enfermedades, ya que existe una sinonimia de las enfermedades lo más diversa y variada en el país. Es prácticamente imposible establecer definiciones correctas sobre la mortalidad de la población indígena o campesina precisamente porque o faltan médicos entre dicha población, o porque aun habiéndolos, éstos oo son visitados sino en condiciones excepcionales y extremas. Sería indispensable efectuar un riguroso estudio acerca de la forma y técnica de la estadística aplicada a nuestro país especialmente, a fin de llegar a conclusiones exactas, razón por lo cual nos parece objecionable hasta cierto punto establecer conclusiones acerca de la aparente inmunidad que sobre el cáner se dice existe para la clase indígena, en las estadísticas y estudios de Hoffman a los que hemos hecho referencia.

Es un hecho visible y cada día más ostensible, el progreso del cáncer en México. Dicho progreso no sólo está evidenciado en la práctica diaria del médico, que cada vez recibe más enfermos cancerosos en su clínica privada, ni tampoco por la plétora de ellos en nuestros centros hospitalarios, sino, lo que es más elocuente, por la estadística misma. La mortalidad por cáncer de 1922 a 1927 (6) llegó a más de 20,000 casos, en la República. En el D. F. la proporción es, en comparación con la población, mucho más alta que para el resto de la República, seguramente, como lo hace notar Granillo (7), por el hecho de que debido a que en México se cree que existen más elementos para curarlo, que en los Estados, acuden un gran número de enfermos en busca de tratamiento, falleciendo aquí, y apareciendo sus casos en las estadísticas locales.

Sin embargo, no es nuestro propósito insistir en este trabajo acerca de la evidencia del progreso del cáncer en nuestro país, y las peculiaridades que distinguen ciertas formas de mortalidad nuestras, de la de otros países. El problema es demasiao completo e implica el acerbo de gran cantidad de material, infortunadamente muy difícil de adquirir por lo pronto. Queremos limitarnos solamente a algunas consideraciones referentes a la responsabilidad que atañe tanto a las instituciones científicas y educativas, médicas, cuanto a la clase profesional respecto de la forma en que debe enfrentarse a la resolución científica de este formidable problema social, el cual ha sido más o menos

(4).—Hoffman Frederick L.: A Cáncer Survey of México.—Memoria del III Congreso de la Assn. Médica Pan-Americana. 1931.

(5).—Hoffman Frederick L.: CANCER IN MEXICO.—An Address relivered before the American Assn. for Cáncer Research in Rochester, N. Y.—Ap. 1927.

(6).—Departamento de Estadística Nacional. ANUARIO de 1930.

(7).—Granillo Dr. R.: "El Cáncer en México".—Bol. Inst. de Hig.—I, 8,257.—Nov. 1924.

satisfactoriamente planteado y encaminado ya, desde hace mucho tiempo, por otros países cuyos medios son quizás en muchos puntos inferiores al nuestro.

Ante la perspectiva de considerar los medios de emprender los trabajos de control y lucha contra el cáncer en nuestro país, es preciso sentar una primera y fundamental premisa: Hasta hoy, México no ha emprendido ni siquiera los rudimentarios trabajos con tal fin: carece de disciplina de investigación científica, y finalmente, carece también de un centro institucional debidamente equipado y dotado para estudiar, tratar y encausar una lucha de prevención contra el cáncer.

En seguida, y reconociendo la veracidad y justicia del postulado anterior, cabe establecer una nueva cuestión: en vista de la invasión progresiva del cáncer en nuestro país, y tomando en cuenta la carencia absoluta de centros científicos que garanticen al menos la honestidad y formalidad de sus estudios y trabajos, ¿quiénes entonces se encargan de atender la solución de este problema? ¿qué garantías científicas ofrecen los que se dedican a "curar" el cáncer en México, tomando en cuenta las conquistas realizadas durante los últimos diez años y el progreso notable en el diagnóstico y tratamiento del mal? ¿con qué elementos cuentan quienes se dedican a la "cura" del cáncer en México, y qué garantía o seguridad de manejo honesto social y científico pueden ofrecer? El estudio de estos factores es demasiado delicado y grave para responder categóricamente. Pero la grave responsabilidad que ello implica para la clase médica, es de por sí el mejor cimiento sobre el cual la propia clase profesional debiera basar una orientación conveniente a fin de siquiera depurar y establecer principios bien definidos de acción encaminados a presentar un frente disciplinado de lucha e investigación. El hecho de que el cáncer es un enigma de la ciencia médica, y de que las conquistas científicas de los últimos años hacen esperar y prever que al fin habrá de descubrirse la estructura que soporta este misterio, envuelven al problema en una atmósfera de fantasía, alrededor del cual se instituyen sacerdotes aquellos charlatanes que aún conservan los estigmas caracterológicos de los antiguos nigromantes o bien, se agrupan individuos preparados universitariamente, quizás hasta titulados, verdaderos visionarios de las curas milagrosas, que endorsan con su ignorancia el progreso y persistencia de "curas" de herbolarios facilitando y en cierto modo autorizando la explotación inhumana de las víctimas del mal. O bien, y esto es todavía más grave, se instituyen a sí mismos en especialistas "curadores" del cáncer, aduciendo como única justificación de su atrevimiento la posesión de máquinas de R. X. o de unos cuantos milígramos de radium. La impreparación de nuestra vida científica, la carencia de métodos y disciplinas rigurosas de trabajos de experimentación, la ansiedad por llegar a la vida de explotación de un título, tan manifiesta en nuestras juventudes, y en fin, la escasez de centros suficientes dónde poder adquirir aquellas disciplinas, hacen de nuestro medio una tortuosa e incoherente asociación de actitudes y prácticas medioevales, impropias del estado de civilización que guardan muchos países vecinos nuestros. Injertado sobre esa rama psicológica de nuestro desarrollo social y científico, un problema tan complejo y delicado como el del cáncer, tiene por fuerza que ser planteado y analizado desde sus raíces más profundas, antes de decidirse a emprender su activa solución. Pero ello habrá de costar grandes esfuerzos y sacrificios, por la enorme influencia que en su contra habrán de ejercer los intereses ya creados en la práctica empírica de charlatanes enriquecidos y profesionistas ricos en elementos materiales, pero carentes de bases sólidas de seguridad científica. Es por esto que el problema del cáncer envuelve un primer y fundamental factor, cuya solución es primaria y esencial: la educación de la propia clase médica dentro de las orientaciones

que la ciencia contemporánea ha establecido respecto del problema del cáncer. Correlativamente, es preciso también preparar los futuros graduados en medicina para que adopten una actitud de mayor comprensión científica ante este fenómeno biológico, no sólo mediante la adquisición de mejores métodos de trabajo y aprendizaje, sino introduciendo nuevas y radicales orientaciones en la enseñanza profesional, impulsando y compeliendo la adquisición de hábitos de experimentación y control científicos. El problema, como se ve, abarca bastísimos horizontes. Nuestra impreparación localista, provinciana (somos un país provinciano dentro de la asociación internacional que nos rodea apenas al salir de casa), no alcanza otros horizontes que la remotísima y vieja Europa, y de ella, casi exclusivamente Francia, cuya escuela persiste en guiar juventudes americanas, sin instilar a éstas verdaderos sentidos de responsabilidad investigadora...

Cómo, entonces, llegar a un punto sólido de apoyo, sobre del cual podamos partir con un grito nuevo de guerra por la adquisición de orientaciones más substanciales y efectivas...? Hemos dicho antes que en lo que se refiere a la lucha científica contra el cáncer, un factor primario y esencial es la educación de la propia clase médica. Cómo debemos descifrar este problema, si hemos comenzado por admitir que carecemos de centros científicos donde los jóvenes se inspiren y encuentren alientos para adoptar rutas desinteresadas de investigadores, sin ser constreñidos por una dura necesidad de ganar el pan cuotidiano, y menos, por el afán inmoderado de lucrar con la profesión...? El secreto no reside más que en una sola cosa: si no tenemos centros de investigación cancerosa, es preciso crearlos... Hace pocos años, esa nueva y maravillosa rama de la fisiología patológica del corazón, la electrocardiología, no existía en México sino por referencia bibliográfica. En la actualidad, y gracias al empuje de un hombre joven y de gran talento, la profesión médica mexicana puede enorgullecerse de poseer un centro de investigación y estudio capacitado para crear nuevas orientaciones y alimentar ambiciones en los jóvenes que quieran cultivar esa actividad científica. Igual cosa puede decirse de los estudios en urología, gastroeneterología, traumatología, cirugía, etc., que tan alto nivel se han conquistado los últimos y recientes años en nuestros dos centros médicos máximos: el Hospital Juárez y Hospital General. Queda el campo del cáncer, virgen aún y del cual es preciso demarcar los derroteros. Para ello, es indispensable que todos aquellos trabajadores que hayan dedicado su atención y esfuerzo a estos estudios y han adquirido una experiencia conveniente, se unan en un solo esfuerzo. La obra no puede ni debe ser un solo hombre sino de un conjunto bien orientado y ordenado. Existe una enorme complejidad en los problemas médicos generales y, particularmente en materia de cáncer, la susceptibilidad y variedad de cada órgano del cuerpo a adquirir o ser asiento de diversas formas de cánceres imponen una grave responsabilidad en aquellos que se dediquen a esta forma de trabajo científico. Por estas razones, la tarea no es sólo de un hombre sino de un regular número de trabajadores, siendo preciso que cada uno esté debidamente calificado y dotado para efectuar estas actividades. Es indispensable también desvanecer ciertas rutinas anticuadas respecto del tratamiento del cáncer. Durante centurias, la única forma posible de tratamiento fué la quirúrgica. Más tarde, con el advenimiento de los R. X. y del Radium, tuvo que pasar una fase de ardua y peligrosa experimentación, al fin de la cual se pudo llegar a la conquista de ciertas verdades y postulados terapéuticos precisos y seguros. Todavía, a pesar de dichos progresos, existen antiguas doctrinas encastilladas en no otra cosa que la rutina, de quienes todavía conceden a la cirugía valor único y exclusivo, olvidando que científicamente, tan grave es aceptar apasionadamente una doctrina como rechazar

otras diferentes. En materia de terapéutica del cáncer, nada es más grave para el enfermo que los tanteos e indecisiones, y la aplicación de rutinas antiguas, mezcladas a procesos modernos de tratamiento cuya asociación, efectuada empírica y obscuramente, con imprecisión y falta de apyo experimental adecuado, no conducen a otra finalidad que el desastroso y estéril cuidado del enfermo. Y, lo que es más doloroso todavía, tras de esta técnica, no queda más que una estela de escepticismo para el público, de dudas para el médico, y de una cruel desesperanza para las víctimas del cáncer, que vienen a ser espectadores de su propio drama en el que el médico impreparado es un mal director de escena.

Preparar a la clase profesional es, entonces, el deber primordial de todo esfuerzo. Es casi el primer esfuerzo a cumplir y ejecutar en una lucha consciente y científica contra el cáncer. Ahora bien, dicha preparación no puede efectuarse sin la adquisición de un centro dedicado especialmente al estudio clínico y experimental del cáncer. Las dificultades que entraña la creación de un centro de experimentación clínica y biológica son numerosas y muy serias. Hasta hace unos diez años, un centro semejante no era concebido en otra forma que en la de un Instituto. Existen actualmente numerosos institutos del cáncer en el mundo. Unos, dedicados exclusivamente a la experimentación biológica y biofísica pura (Instituto de Cáncer Experimental de la Universidad de Columbia; división de Cáncer experimental del Instituto Rockefeller, Instituto de Cáncer experimental de la Universidad de Pensilvania, en Filadelfia, etc., etc.); otros, dedicados a la experimentación pura y asociada a la experimentación clínica, como el Instituto del Cáncer de Nueva York, y otros muchos europeos: Instituto del Cáncer Curie, Instituto de Radium (en la Villejuif, París), Instituto Imperial de Radium, en Londres, Instituto del Cáncer en Berlín, etc., etc. Sin embargo, la creación de institutos nuevos implica enormes dispendios que es difícil sostener. Las labores desempeñadas por cada una de estas formas institucionales viene a ser comparativamente idéntica, ya sea que se efectúen por un Instituto, como tal, o que se practiquen en otro laboratorio experimental, siempre que éste cuente con los elementos suficientes. La estructura ideológica de un instituto, es por otra parte, demasiado elevada y complicada para predicar y luchar por la fundación de institutos cuando apenas se cuentan con elementos modestos para encauzar un esfuerzo científico.

En vista de aquellas dificultades para la creación de Institutos, pero sin abandonar la idea de su creación ideal y magnífica, como la expresión cumbre de un esfuerzo más gigantesco y fecundo, en los Estados Unidos, y a instancias del eminente cancerólogo James Ewing, desde hace unos cuantos años se viene lucando por la creación de Clínicas de Cáncer adscritas a los Hospitales Generales. Una clínica de Cáncer bien dotada y equipada, con un personal suficientemente experto y especializado, puede convertirse no sólo en un centro clínico de importancia, sino en un foco de preparación técnica general para el médico que se dedica a la práctica general, el cual puede ir adquiriendo allí la mejor preparación y orientación en materia cancerológica, lo que le vaya preparando conscientemente a convertirse en el cooperador o colaborador más eficaz de la lucha contra el cáncer, desde la trinchera de lucha de su clínica privada. La preparación de la clase profesional que se dedica a la práctica general, y aun la de la que se ha especializado no puede concebirse sin la existencia previa de centros científicos convenientes y bien organizados donde aquellas clases vengan a aprender nuevas orientaciones.

No obstante la simplicidad que parece existir en la organización de una Clínica de Cáncer en un hospital general, el problema es, sin embargo, sumamente arduo y complicado. El establecimiento de una clínica de tal naturaleza en un centro médico caracterizado por

la enorme diversidad de actividades, divisiones de especialidades en las que cada especialidad es un mundo con sus fronteras, problemas, luchas y ambiciones, y en donde es más fácil divorciarse del conjunto que armonizarse y sumarse en un esfuerzo gigantesco por lo grandioso y armónico, es una obra que, a no ser resultante de estados individuales de alta valoración espiritual e intelectual, estará expuesta a un fracaso, constantemente oscilando entre el entusiasmo y la desazón. Las razones de esas dificultades, prácticamente demostradas, son las siguientes:

En primer lugar, la condición esencial es una clínica de cáncer, exactamente como acontece en cualquiera otra clínica de diferente naturaleza, pero especializada, (como urología, cardiología, gastro - enterología, etc.), es la de control de los casos correspondientes a la especialidad. Y este solo deteria de cáncer, pudiendo éste afectar cualtalle es la clave de todo el problema. En maquiera y cada uno de los diversos órganos del cuerpo, es natural que poco a poco, la clínica de cáncer irá transformándose en una especie de célula gigante de la medicina general, enfocada hacia un sólo punto: la cancerología, y donde entran por igual enfermos de cada una de las innumerables especialidades de la medicina general. Es esta la razón de que en una clínica de cáncer deban estar representados cada uno de aquellos especialistas que se han dedicado a una sola rama médica. Todavía más, en una clínica de cáncer, además de la asociación de diversos trabajadores especializados, es indispensable la asociación de fisioterapeutas bien entrenados, tanto en tratamientos como en diagnósticos radiológicos; laboratoristas especializados en anatomía patológica, embriología, histología normal y patológica, etc. Si un Hospital General cuenta con todos los elementos necesarios para desarrollar actividades de laboratorio en proporciones científicas, así como para administrar tratamientos roentgenológicos y radiumterápicos, y además está dotado del personal especializado y bien calificado para abarcar estudios y trabajos de cancerología, la formación de una clínica no puede ser más que cuestión de disciplina organizadora y de selección a través de la práctica diaria, de los elementos que deban integrarla.

Una vez orientados los esfuerzos hacia la organización de una Clínica de Cáncer en un Hospital General, es indispensable que dicha clínica sea concebida en forma de poder satisfacer las tres finalidades esenciales de todo centro médico: Tratar, Investigar y Enseñar. Estas tres metas de una institución médica de tal naturaleza, no pueden ser alcanzadas si no se posee una rigurosa organización, un equipo y dotación de elementos adecuados, y un personal apto, bien orientado y dirigido.

Con el fin de ejercer un control más científico del cáncer, y con el elevado objetivo de satisfacer aquellas idealidades en las clínicas de cáncer, el Colegio Americano de Cirujanos ha creado (8) seis bases fundamentales sobre las cuales debieran erigirse estas clínicas en los hospitales generales que deseen estar al día científicamente en materia de cáncer. Dichas bases, con las que terminaremos este trabajo, las transcribimos en seguida:

Organización

1a.—Deberá haber una bien definida organización del servicio de la clínica, la cual incluirá: un director ejecutivo, más los representantes de cada departamento especializado del hospital que están relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Los servicios de un secretario y de una sección de investigación social deberán estar asociados a la dirección de la Clínica.

(8).—American College of Surgeons.—Organizations of Service for the Diagnosis and Treatment of Cáncer.—A Minimum Standard.—Surg. Gynec. and Obst. 1931.—LI, 570.

Juntas

2a.—Como una actividad esencial del servicio, debiera haber regularmente juntas del personal consultivo, en las cuales se discutirán el diagnóstico y tratamiento de los casos individuales relacionados con el personal que intervino en su estudio.

Enfermos

3a.—Los enfermos de cáncer en los que sea necesario el diagnóstico o tratamiento serán enviados a la Clínica de los otros servicios del Hospital, a voluntad de los jefes de estos servicios, o, si así se acuerda previamente, por obligación.

Equipo

4a.—Además del equipo regular de diagnóstico quirúrgico requerido en todo hospital general, deberá haber una planta de R. X. para terapia profunda y una cantidad de radium suficiente para asegurar el tratamiento efectivo de los casos. (Los R. X. deben ser de 200 Kv. cuando menos, y deberá haber 200 mgms. de radium).

Registro especial

5a.—Además del registro regular y habitual de los casos del hospital en general, deberá haber un sistema de registro especial de historias clínicas preparadas para casos de cáncer, en las que se haga constar siempre los detalles del tratamiento por R. X. o radium, y los exámenes efectuados periódicamente por un lapso de, por lo menos, cinco años.

Tratamiento

6a.—El tratamiento de los casos de cáncer deberá ser confiado al personal de la Clínica de Cáncer, excepto en los casos en los cuales se haya aconsejado una forma de tratamiento que deba ser aplicado de otro modo, y previo acuerdo del mismo personal.

Creemos firmemente que nuestro Hospital General cuenta con elementos suficientes tanto materiales como personales, para establecer las orientaciones suficientes a fin de garantizar la organización de una Clínica de Cáncer que llene las necesidades imperiosas de encarrilar el problema del cáncer en nuestro país, por senderos científicos más definidos y firmes, contribuyendo así a la creación de un centro más de emulación científica para la clase profesional, y cooperando en el alivio de las infortunadas y trágicas víctimas de este tremendo azote de la humanidad.

"COLENOL"
UNICO TRATAMIENTO POR IRRIGACION DE LAS
Infecciones Intestinales
SOLICITE LITERATURA A LOS REPRESENTANTES
E. PANDO Y CIA. S. en C.
REPUBLICA DEL SALVADOR No. 51

ARSAMINOL

REGISTRO Nº 7075 D.S.P. MEXICO

Solución de "3 Acetilamino 4 oxifenilarsinato de dietilaminoetanol," para inyecciones intramusculares y subcutáneas. Preparación controlada fisiológicamente por el Laboratorio Nacional de Control de Medicamentos en Francia

RIGUROSAMENTE INDOLORA

···DEBIL TOXICIDAD ···

TOLERANCIA PERFECTA

ELIMINACION POR LA ORINA
·· EN 48 HORAS ó MENOS ··

•

DOS FORMAS:

ADULTOS — Solución al 26 13 % de sal activa
1 ampolleta 3 cc = 0 Gr 15 As
1 ampolleta 5 cc = 0 25 As.

NIÑOS: Solución al 13 06 % de sal activa
ampolletas de 1½ cc.

SIFILIS·EN·TODOS SUS PERIODOS

LABORATORIOS CLIN. COMAR & CIA
20, Rue des Fossés-St. Jacques Paris

M R

LITERATURA, MUESTRAS Y DOCUMENTACION CIENTIFICA EN LA AGENCIA GENERAL: Apartado No. 1977-México D.F.

Una aclaración sobre la Revisión Uterina

Por Luis G. Campos.

En el número 202 de "Medicina" el señor doctor don José Perches Franco me hizo el honor de comentar mi último y humilde trabajo sobre tan debatido asunto.

Desgraciadamente mi artículo no fué comprendido por mi comentarista y me atribuye conceptos que están muy lejos de mi mente y de mi citado artículo; por lo que me veo en la necesidad de recurrir a las molestas rectificaciones.

Comenzaré diciendo que desde el año de 1924 en que presenté mi tesis recepcional en la Facultad de Medicina expresé de manera franca mi opinión sobre los artículos originales en medicina; pero en vista de lo que me atribuye mi comentarista me veo obligado a repetir que no he variado en mi modo de pensar y que malamente puede argüir de original un artículo en el que cita trabajos anteriores de otros autores sobre el mismo tema.

Precisamente citamos los trabajos de R. Keller y Bohler de Estrasburgo "Sobre las indicaciones más amplias y los resultados de la revisión uterina hecha inmediatamente después del parto" aparecido en el número 5 del tomo XXVII de "Gynécologie et Obstétrique" correspondiente a mayo del corriente año; así como los trabajos de Georghiu de Bucarest con seis mil casos de revisión uterina inmediata en seis mil casos de partos fisiológicos.

Queda por lo tanto expresamente manifestado que mi trabajo no pretende ser original, pasamos a refutar los conceptos vertidos en los comentarios.

Comenzaré ocupándome de los trabajos nacionales para dar gusto al doctor Perches citándolos primero que los extranjeros: asienta para corroborar sus asertos el hecho de que su maestro el doctor Zárraga y su Jefe de Servicio el doctor Norma aconsejaban ya dicha maniobra en la forma por nosotros expresada, pero esto es desgraciadamente inexacto.

En primer lugar nosotros también fuimos alumnos de don Fernando Zárraga cuya es la frase "ni me metas sin motivo ni me saques sin honor" y todos los que entonces fuimos sus alumnos la recordamos siempre, porque la repetía constantemente, precisamente al año siguiente en que el doctor Perches fué su alumno, y francamente no creemos que el citado maestro haya tenido ese salto atrás tan inopinado sobre un asunto en que difícilmente se cambia de opinión una vez que por algún motivo se ha normado cierta regla de conducta.

Igualmente fuimos internos en el Servicio del doctor Norma y no recordamos que dicho señor aconsejara lo asentado por nosotros, como tampoco lo recuerdan ni Raquel Perea, ni Dolores Garcés, las últimas parteras en Jefe del Servicio de Maternidad del Hospital General, y así lo han expresado categóricamente a pregunta especial formulada por nosotros.

Todas las citas de los autores extranjeros se refieren o bien a casos en que no hay la menor duda de persistencia de restos de secundinas en la matriz después del parto o bien en aquellos otros en que por una infección que comienza se hace una exploración manual de la matriz o un legrado en igual forma.

Haciendo un lado este modo de proceder

con el que precisamente nosotros no estamos conformes, vemos que en realidad lo tratado por ellos y nosotros difiere esencialmente en el tiempo: porque ellos pretenden que la exploración uterina se haga cuando se ha comprobado la presencia de restos ovulares en el útero o cuando hay síntomas claros de una infección que comienza, siendo precisamente esto lo que pretendemos evitar con la revisión uterina casi sistemática y sobre todo que debe practicarse inmediatamente después del parto y a la menos duda y no tardíamente. Para nosotros la revisión tardía tiene sus graves inconvenientes, pero esto es materia de diverso artículo.

En resumen: nuestro artículo no pretende la originalidad y solamente una revisión uterina postpartum más amplia y sistemática que la que habitualmente se hace en nuestro medio, donde tantas infecciones irremediables vemos diariamete precisamente por ese temor que existe de llevar la infección con la introducción de la mano, in útero, para extraer lo que va a ser la causa directa y determinante de la muerte de la puerpera, introducción que hecha a tiempo es completamente inofensiva e inocua.

No quiero insistir sobre las cuestiones de asepsia porque esto volverá a parecer un desacato y sin embargo si esto se hiciera, ¡¡cuántas catástrofes se hubieran evitado!!

Recuerde Ud. este nombre cuando necesite recetas bien preparadas

Todas las ventajas de la Valeriana

y ninguno de sus efectos desagradables

Sólo con las Perlas de

Neobornyval "RIEDEL"

PODEROSO SEDATIVO Y ANALEPTICO

Representante: DR. E. SOMLO Apartado 2679
México, D. F.

Vitacampher

(Allo-p-Oxoalcanfor)
Reg. D. S. P. 11601.

CARDIOTONICO, ELEVADOR DE LA TENSION SANGUINEA, ESTIMULANTE DEL CENTRO RESPIRATORIO Y SEDANTE DEL HIPO

EL PRINCIPIO ACTIVO ES UN PRODUCTO QUE SE FORMA EN LA INTIMIDAD DE LOS TEJIDOS DEL ORGANISMO DE PERROS VIVOS, SUJETOS PREVIAMENTE A UN REGIMEN ALIMENTICIO RICO EN ALCANFOR

Absolutamente Seguro e Inofensivo

Distribuidores:

CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

Isabel la Católica 85. - México.

TUBERCULOSIS

Tratamiento a base de la medicación antibacilar

IONINE

Regs. 7089 y 7092 D. S. P.)

Usada con éxito en la República Mexicana y los Estados Unidos.

Las Ampolletas y Jarabe IONINE están de venta en las principales Droguerías y Farmacias de la Capital y Estados.

LABORATORIOS IONINE, S. A.

10a. de Puebla No. 193

Tels.: Eric. 4-58-44. Mex. L-18-10

Apartado 1999. MEXICO, D. F.

EL

ULTRAGADOL

IRRADIADO

de sabor agradable

REEMPLAZA VENTAJOSAMENTE EL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

LES

Etablissements Chatelain

Paris - FRANCE

Agentes en México:

A. RUEFF Y CIA.

Lucerna No. 7 México, D. F.

SEÑOR DOCTOR:

Cuando Ud. receta una medicina es porque su marca es una garantía para Ud. Cuando Ud. receta una faja su hechura y adaptación deben presentarle iguales garantías.

RECETE USTED FAJAS DE

E. VILLAIN

1a. de Motolinia 13 México, D. F.

Envío gratis de croquis y cuestionarios relativos a fajas médicas, bragueros, medias elásticas.

Recopilación de lo que se ha escrito sobre la Exploración Radiológica en Ginecología

Dr. Alfonso Souza y Abarca
Cirujano del Hospital General

EN el año de 1914 los ginecólogos intentaron por primera vez el examen radiológico del útero después de las inyecciones opacas. Doce años después, en 1926, este método se generalizó gracias al empleo del Lipiodol.

H. Cary, en 1914, publicó una corta nota sobre una tentativa de inyección de Colargol para determinar la permeabilidad tubaria, pero no dió la imagen radiográfica y abandonó estos ensayos. En la misma época Dimier en el sevicio de Pozzi, en el hospital Broca, hizo ensayos con una solución de Colargol al 10 por ciento; el enfermo muere de peritonitis y los experimentos son abandonados.

Dartigues y Dimier, en el periódico "París Chirurgical", produce un artículo que retardado por la guerra no apareció sino hasta 1926; demostró todos los datos diagnósticos que puede dar este método en todas las afecciones ginecológicas y le hace propaganda.

En 1915 I. C. Rubín publica un largo artículo con una serie de imágenes de sus inyecciones de Colargol. Más tarde él abandona el Colargol y ensaya el Bromuro de Sodio, después el Citrato de Torio; abandona estos ensayos y se consagra a la insuflación tubaria; veremos más lejos que recientemente volvió a la inyección opaca por el uso del Lipiodol.

Todas las tentativas que se hicieron con el uso del Colargol dieron sinsabores y han sido abandonadas. W. I. Kenedy, en 1923, empleó el Bromuro de Sodio en los casos en que lo empleó Rubin le dió una impermeabilidad tubaria total; su inyección le permite precisar el sitio de las obstrucciones.

Luego Mocquot y Tusseaux ensayaron las pastas bismutadas pero sin resultados.

En suma, durante diez años se han ensayado diversas substancias: Colargol, Bromuro de Sodio y pastas bismutadas, pero sin resultados: unas han provocado Peritonitis, otras no han sido opacas a los Rayos X.

Pero en 1923 Sicard y Forestier publican los excelentes resultados que han obtenido con el aceite yodado en las inyecciones intrabrónquicas y a menudo esta substancia es empleada para las inyecciones intra-uterinas. St. Portret intenta las radiografías de la Pelvis en posición sentada. Hasta que Carlos Heusser y Carelli fueron los primeros en 1925 que realizaron con el Lipiodol muy bellas imágenes de las cavidades uterinas y tubarias con el Neumo-Peritoneo asociado.

En Inglaterra Fordsdike estudió la insuflación tubaria y la inyección opaca en la esterilidad.

En Suiza Yung y Shirmer publicaron un importante trabajo sobre la asociación de la inyección opaca al neumoperitoneo.

En Alemania Dyroff se consagra especialmente al estudio de la fisiología normal y patológica del útero y de las trompas. Y preconiza como substancia opaca un aceite bromado, el Contrastol.

En Rusia Arnstam y Reimberg no estu-

dian más que la fisiología utero anexial y la permeabilidad tubaria.

En los Estados Unidos Rubín después de siete años de práctica de la insuflación tubaria, vuelve con el Lipiodol al método de las inyecciones opacas y con Benedick estudia su utilidad en la busca de las causas de esterilidad. Mc Cready y Ryan, Newel Randall, Jarcho Stein y Arens publicaron igualmente sobre el mismo tema hablando sobre todo de la esterilidad.

En Polonia Zawodzinsky y Spira se esforzaron en precisar las reglas técnicas de la salpingofrafía.

En España Carreras, Fiqueras Faixat fué el primero en aplicar con éxito el Lipiodol en las inyecciones intra-uterinas, publicó un libro compuesto de imágenes radiográficas y consagrado a la exploración radiológica en Ginecología, Obstetricia y Urología.

En España Carreras, Fiqueras y Faixat estudiaron los resultados diagnósticos de esta exploración.

En Austria Schneider y Eisler publicaron un notable artículo muy documentado donde ellos estudiaron las indicaciones, la técnica y los resultados del examen radiológico en ginecología reproduciendo bellas imágenes en serie. **Por lo que gracias al notable descubrimiento de Sicard y Forestier y también gracias al Lipiodol que el Radio diagnóstico ginecológico es en estos últimos años considerablemente desarrollado que ha suscitado importantes trabajos en diferentes países y por esto fué adoptado en práctica corriente.**

TECNICA

Una inyección intra-uterina de substancia opaca es una pequeña intervención ginecológica que exige todas las comodidades de esterilización necesarias. Es decir, que es necesario poder dar inyecciones vaginales antisépticas, enyodar ampliamente el cuello y tener siempre a su disposición los instrumentos habituales rigurosamente esterilizados y asépticos.

Según Mocquot y Cotte ningún accidente se ha observado y es prudente tener a los enfermos vigilados en el lecho durante algunas horas después del examen. Por ejemplo, es cómodo de hacer este exámen en el hospital o en una casa de salud y que los enfermos entren en la mañana y según los casos puedan salir al otro día o en la tarde del mismo día que se internaron. Esta exploración debe de ser practicada en colaboración íntima del ginecólogo y del radiologista y necesita una instalación radiológica poderosa.

Anestesia.—Mocquot y Cotte están de acuerdo en que la anestesia es inútil; hay dos factores del dolor: el enganche del cuello y una presión muy alta. Midiendo la presión al manómetro se evitará el dolor. En cuanto al dolor que se produce al nivel del cuello es poco intenso. También actualmente se ha rechazado hacer el examen bajo la influencia de la escopolamina o de morfina.

¿Qué substancia debe de emplearse?

Se sabe perfectamente bien que el método de la inyección de substancia opaca no entró a la práctica hasta después de la aparición del Lipiodol. Recientemente Dyroff ha vendido una nueva substancia, Contrastol, que es un aceite bromado. Este autor reprocha a las preparaciones yodadas la posibilidad de intoxicación, Coriza y lesiones irritativas de las trompas y del peritoneo; algunas preparaciones yodadas copias del Lipiodol como por ejemplo la Yodipina, que ha sido empleada en Alemania, en Europa Central y en América. En cambio todos los que usan el Lipiodol están de acuerdo en que es completamente inofensivo y que los tejidos vivos y las mucosas lo toleran bien. Los exámenes histológicos numerosos y detallados hechos por el profesor Helly en Saint Gall son particularmente demostrativos a este método. Shirmer y Yung han examinado numerosas trompas quitadas quirúrgicamente algún tiempo después del examen radiológico y en

ningún caso han observado modificaciones o inflamación de la mucosa tubaria.

El Lipiodol es claramente antiséptico; la Clínica y el Laboratorio lo han demostrado, pues sobre cientos de exámenes radiográficos no se ha observado ningún incidente ni reacción peritoneal ni ataque febril ni infección ulterior.

Esta extraordinaria inocuidad está confirmada por numerosos autores: Mocquot, Cotte; Yun Shirmer y Heusser. Unicamente Rubín tiene señalado un caso de reacción salpingiana sobre 50 exámenes pero sobre esto se puede discutir si por azar no estaría el Lipiodol limpio, es decir, opaco, envejecido, oxidado o parcialmente descompuesto.

El poder antiséptico del Lipiodol es muy útil, pone al abrigo de toda infección ulterior y permite además emplearlo con ciertas precauciones en ciertos casos de Metritis y de Salpingitis.

El Contrastol no tiene sin duda las mismas cualidades porque Dyroff pone como contraindicación absoluta toda sospecha de infección genital ariba del cuello.

Por lo que se puede decir del Lipiodol que es la substancia opaca de elección: absolutamente inofensiva, no tóxica, claramente antiséptica y muy opaca.

Técnicas puestas en práctica

Se pueden clasificar en dos categorías las diferentes técnicas empleadas:

1.—La inyección bajo presión con obturación completa del cuello, con o sin medida de la presión, que es la que usan la mayoría de los ginecólogos.—2a. La instilación gota a gota sin presión que es la que preconiza Dyroff.

Inyección bajo presión.—Se está de acuerdo con la mayoría de los autores que para llenar la cavidad uterina y hacer pasar el líquido opaco por toda la longitud de las trompas hasta el peritoneo es necesario inyectar bajo presión. Este principio trae una consecuencia inmediata; para obtener y conservar la presión necesaria hay que obturar herméticamente el cuello alrededor. Lo obturación del cuello que impide el reflujo en la vagina puede ser obtenido por diversos procedmientos.

Mocquot ha hecho una sonda metálica donde uno de los extremos termina en forma de cono. Esta pinza la apoya fuertemente contra el cuello fijándola con una pinza de Musseux.

Cotte ha ideado un aparato ingenioso donde la primera realización se debe al gran profesor Lafay, creador del Lipiodol y que había sido empleado por Masmoney, es una valva con ganchitos, y que tiene un tornillo a la que está fijada, que sirve para fijar el cuello y una sonda que tiene una oliva de cautcho. Rubín utiliza un aparato parecido fija a una pinza de Musseux, una Canula metálica del tipo Keys y Utzman la modifica dotándola de una oliva de cautcho. Schneider y Eisler emplean un aparato análogo con dos pinzas de Musseux que solidarizan con una sonda metálica. Carlos Heusser y Mc. Cready no pellizcan el cuello; ellos empujan en el canal cervical una sonda metálica dotada de un extremo cónico metálico sobre del que se pone un cono de cautcho. El inconveniente de una tal técnica es que desde que se deja de apoyar fuertemente la sonda sobre el cuello el líquido sale por la vagina.

Se emplean dos clases de sondas: la primera que nosotros tenemos realizada permite cateterizar todos los cuellos, aunque estén muy desviados o muy rechazados por algún tumor pélvico; no ofrece ningún peligro pero es un poco doloroso y la conservamos para los casos difíciles.

El otro estudiado más recientemente es destinado para los cuellos normales y además es indoloro.

En los casos difíciles se emplean sondas blandas del calibre No. 8 al 40 de la colección Charrier. Se escoge el calibre que convenga mejor a la dimensión del cuello y que entre un poco apretada y se completa la ob-

turación pellizcando el cuello con dos pinzas de Musseux.

En todos los casos de tumor pélvico del cuello anormalmente flexionado cuando el cuello es rechazado contra la pared vaginal o contra la vejiga o el recto, las sondas blandas son preferibles a las sondas metálicas, se puede amoldar a nuestro antojo dar el ángulo exacto que necesite la posición del cuello y así el cateterismo es seguro y tienen esta ventaja que no son traumatizantes y no hacen falsas rutas.

Es cierto que el único tiempo difícil y delicado en el examen radiológico es la perfecta obturación del cuello. Ahora no hay dos cuellos iguales y muy numerosos son los casos anormales donde el cuello es desviado o pequeño más difícil aún sin relieve en el fondo de la vagina. Pues en todos estos casos difíciles, son las sondas blandas de goma las que mejores resultados nos han dado.

En los casos de colocar la sonda en una sala de curaciones y luego transportar al enfermo con el radiólogo, es indispensable que la sonda haya pasado el itsmo, es decir, que sea intra-uterina, colocar bien las pinzas de Musseux y acojinarla con gaza en la vagina. En las nulíparas y mujeres estériles el cuello es a menudo muy pequeño y la vagina muy estrecha; entonces se reemplazan las pinzas de Musseux, que son muy voluminosas, por dos pinzas tira bala que son de una sola rama.

En suma, el procedimiento de las sondas blandas y de las pinzas es un procedimiento muy simple y permite de cateterizar casi todos los cuellos, los más desviados, los más difíciles. En este caso se esforzará de penetrar hasta el itsmo y se obturará como se pueda. La elección de las pinzas y su lugar variará con el volumen y la situación del cuello. Es este el procedimiento de elección cuando se es obligado de transportar a la enferma con la sonda a otro lugar.

Para los cuellos normales, la casa Collin fabricó una pinza porta-sonda análoga a la del aparato de Cotte. La tracción del cuello se hace por una simple pinza tira-bala. La sonda es rígida metálica pero tiene un capuchón de cautcho muy maleable que se amolda bien a la cavidad cervical por lo que no hace falsas rutas ni traumatiza. Una vez la sonda en su lugar se solidariza con las pinzas y se la hace avanzar regularmente contra el cuello, y a la presión que uno desee.

Cómo se mide la presión.—Es indispensable desde el punto de vista de la seguridad y regularidad de los exámenes, de medir la presión bajo la cual se hace la inyección.

En el año de 1926 se demostró que con un cuello bien obturado y una simple jeringa de 20 c. c. se obtiene muy fácilmente una presión con un esfuerzo mínimo de una atmósfera que corresponde a una columna de mercurio de 76 c. c. Ahora sobre piezas de autopsia o piezas operatorias, con simples presiones de 4 a 50 centímetros de mercurio, se ha obtenido la inyección del sistema vascular uterino y la salida de Lipiodol por las venas y arterias uterinas. La medida de la presión es un acto de prudencia muy útil que permite de evitar la posibilidad de una embolia aceitosa; además, es un método importante para la regularidad de la constancia de los exámenes y más lejos veremos cómo es muy ventajoso en el estudio de la permeabilidad tubaria.

Desde el año de 1925 se mide la presión por medio de un pequeño manómetro metálico. La casa Bouillet ha hecho un instrumento muy simple fácil de leer, de desmontar y de esterilizar, que se llama el Histeromanómetro. El cuerpo del aparato es un cilindro metálico, su parte anterior contiene una cámara donde el aceite sube rechazando al aire que por un orificio penetra en el manómetro metálico directamente montado sobre el cuerpo del aparato; este manómetro está graduado de 0 a 35 centímetros de mercurio. Dos referencias luminosas colocadas la una sobre la aguja y la otra sobre la cifra 30 que constituye un límite extremo que no hay que jamás pensar, permiten el control fácil de la presión en la obscuridad durante todo el examen radioscópico. Antes se monta

el aparato ya sea sobre la pinza porta-sonda o sobre un enchufe cónico dotado de una llave que se adaptará a las sondas de goma. Atrás el cilindro metálico lleva dos anillos que permiten de ejercer fácilmente la presión; en cuanto a la jeringa es una simple jeringa de vidrio de 20 c. c. de modelo corriente con un simple tapón de cautcho que asegura su unión con el cilindro metálico. Cotte pone un manómetro en la extremidad de un pistón vertical. Schneider coloca un manómetro entre la jeringa y la sonda.

Es por eso que el método de la inyección bajo presión constante y metódica y que ha sido preconizado desde hace tres años ha sido aceptado por la mayoría de los ginecólogos y nunca se rechazará, porque la presión es muy importante para la seguridad y la exactitud del diagnóstico radiológico.

Inyección sin Presión.—La insuficiencia de la presión puede ser debida a dos causas: a una obturación insuficientte del cuello o bien a una instilación voluntariamente hecha gota a gota. Con un cuello no obturado la técnica que se denomina de cuello abierto da resultados muy irregulares y malos; las radiografías por Yung y Shirmer son la mejor crítica de este método, sobre 11 imágenes reproducidas no hay más que cinco donde la inyección parece completa y satisfactoria tanto para el útero como para las trompas y éstos son precisamente los casos que por azar el calibre de la sonda empleada igualaba el diámetro del canal cervical; en estos casos la sonda obturaba el cuello impidiendo el reflujo en la vagina. En cambio en muchos otros casos por el reflujo vaginal la cantidad de Lipiodol inyectada y la presión ejercida eran muy débiles para hacer fácilmente llegar el líquido en el peritoneo, no se puede juzgar con exactitud de la permeabilidad tubaria, en ocho casos las contracciones uterinas y el reflujo vaginal habían sido tan considerables que el útero estaba parcial o totalmente vacío. En efecto, como el útero se contrae y se vacía muy fácilmente se tiene que suprimir el examen radioscópico y de practicar la inyección a la enferma ya acostada sobre la placa, o al menos de proceder como Arnstan y Reimberg, acostarse el radiólogo bajo la mesa teniendo frente a los ojos un Fluoroscopio.

La falta de examen radioscópico exige la cantidad fija de líquido, es evidente que el volumen de Lipiodol necesario varía según los casos: por ejemplo, en los úteros infantiles con 5 c. c. se puede llenar totalmente el útero, las dos trompas y proyectar Lipiodol en el peritoneo de los dos lados y muy lejos de las trompas. En un caso de un enorme fibroma de la pared anterior con 40 c. c. apenas si alcanzó a llenar la cavidad uterina enormemente aumentada. **Las graves faltas de este método de examen son evidentemente: supresión del examen radioscópico, inyección de una cantidad fija de líquido, reflujo en la vagina, vaciado parcial o total del útero, insuficiencia e irregularidad en el llenado de las trompas; son factores que condenan definitivamente el método del cuello abieto y apoyan más la utilidad de la inyección bajo presión constante y metódica con obturación del cuello y control radioscópico.**

Instilación gota a gota.—Williams y Reynolds dicen que es suficiente para inyectar las trompas depositar una substancia opaca en el útero, y que gracias a las contracciones antiperistálticas de las trompas podían caminar en su luz; Dyroff emplea una técnica análoga: instila gota a gota su constrastol sin presión hasta la aparición de la primera contracción uterina que se produce en el momento en que el útero está lleno. El llenado de las trompas se verifica con la ayuda de las contracciones uterinas normales, no es necesario de dilatar el canal cervical ni cerrar el orificio del cuello porque excitaría las contracciones uterinas anormales. Se reconoce que es necesario mantener el contenido del útero durante la radiografía si se quiere obtener la imagen cavitaria de este órgano, y es para evitar las lesiones de ruptura de adherencias y para mantener las con-

diciones fisiológicas que este autor ha realizado esta técnica especial.

Desde el punto de vista fisiológico este método puede estar más o menos lejos de lo normal que la inyección bajo presión, porque basta el hecho de llenar un útero completamente hasta que se contraiga para que ya sea artificial y sobre todo desde el punto de vista del diagnóstico en general es ilógico de confiar el llenado de las trompas a la presión producida por las contracciones uterinas; porque según se encuentren el estado anatómico de la pared uterina sana o enferma, las contracciones serán más o menos fuertes. Los resultados obtenidos no serán jamás comparables.

Si este método de instilación gota a gota puede ser interesante desde el punto de vista puramente fisiológico, con el objeto de estudiar la tonicidad del útero y de las trompas, y sus contracciones; por contra desde el punto de vista del diagnóstico patológico parece que es inferior a la técnica de inyección bajo presión constante y mesurada.

La instalación.—Es absolutamente necesario para hacer un buen examen radiológico en un caso de Ginecología de tener una instalación poderosa cómoda y que responda a ciertas condiciones bien definidas.

La potencia.—Como es necesario tener que tomar corrientemente vistas de perfil con Buckey en mujeres gruesas, hay que tener una instalación poderosa por lo que es necesario poder gastar fácilmente 40 a 60 miliampers durante 2 a 10 segundos; y bien entendido es que una lámpara Coolidg permite fácilmente tener este gasto durante largo tiempo sin que la tensión cambie.

Disposición.—1o. Es absolutamente necesario hacer el examen radioscópico acostado el ámpula bajo de la mesa.—2o. Tomar durante el curso de este examen radioscópico clichés con ámpula bajo de la mesa y placa sobre del abdómen.—3o. Sacar clichés de la pelvis de frente y de perfil con Potter Buckey, es decir, actualmente tomar clichés con ámpula arriba de la mesa y Potter Buckey abajo del enfermo; y es muy cómodo para evitar al enfermo desalojamientos inútiles de fijar a la mesa estribos, y de poder colocar la sonda ahí mismo, sobre la mesa radiológica; es indispensable revelar los clichés antes de quitar la sonda de manera de poder apartar los que no sirvieron. Estas necesidades exigen de tener instalaciones movibles donde se levante la mesa para hacer pasar la ámpula arriba o abajo del enfermo.

El examen radioscópico.—La visión directa sobre la pantalla fluroscópica es un elemento capital indispensable del examen radiológico. Esta regla que es indispensable para los radio-diagnósticos viscerales se aplica también en Ginecología; por lo que es indispensable no poner la inyección hasta que el enfermo no esté instalado sobre la mesa y se pueda seguir sobre la pantalla la progresión del líquido opaco. Esta visión directa tiene sus ventajas: si existe un obstáculo, un tumor del útero, se ve que la sombra del líquido lo contornea. Si la saliente es pequeña y se dilata un poco el útero se puede llegar a hacer desaparecer esta imagen lagunar, cubriéndola de líquido opaco, de donde la necesidad de ver todos los aspectos sucesivos de la inyección. Cuando se tiene la imagen típica se la fija por una radiografía tomada en un buen momento pudiéndose obtener de esta manera los diversos aspectos del llenado uterino; y como se sigue la progresión del líquido de inyectar se puede fijar la cantidad necesaria para obtener un llenado completo del útero que oscila entre límites muy diferentes desde 5 c. c. para un útero infantil hasta 50 c. c. para un enorme fibroma.

Diafragmando convenientemente se llega a ver muy bien la progresión del Lipiodol en la trompa, y la eyaculación del líquido fuera de la trompa en el peritoneo. Esta visión directa de la permeabilidad tubaria es un dato que hay siempre que buscar. Rubín, que ha estudiado siempre la permeabilidad tubaria ha insistido sobre la posibilidad de tener largo tiempo vidrios amarillos cuando menos

15 minutos antes del examen y en la obscuridad.

El trayecto intra-uterino del líquido y la salida fuera del peritoneo son marcados por sombras muy finas; el empleo del diafragma es indispensable para eliminar al máximo las radiaciones difusas y secundarias.

El control radioscópico es indispensable: visión directa y elección de imágenes típicas, posibilidad de continuar la inyección hasta llenar completamente el útero, demostración directa de la permeabilidad de cada una de las trompas.

El examen radiográfico.—La mayoría de los ginecólogos toman radiografías de frente; pero con la adopción de diafragmas del tipo Potter Buckey o Ake Akerlund que eliminan las radiaciones difusas y secundarias se pueden tener bellas imágenes con contornos muy claros. En 1925 Gregoire y Darboir insistieron sobre el interés de las vistas estereoscópicas y de perfil. Las radiografías son absolutamente indispensables en la grande mayoría de los casos, pues asociadas con las de frente permiten de situar sobre diferentes planos en profundidad las sombras que de frente se tocan y se superponen. Por ejemplo, los úteros anteflexos o retroflexos en radiografías de frente dan sombras análogas mientras que de perfil se diferencian perfectamente y se marca su dirección exacta.

En las radiografías de perfil se puede mostrar que una sombra que de frente es contigua a una trampa en realidad está lejos de ella, por ejemplo en el fondo de saco de Douglas.

Es por el examen comparativo de frente y de perfil que se permite de situar exactamente en el espacio las diferentes sombras, los diferentes órganos.

Desde el punto de vista técnico Henrri Becler ha demostrado que no conviene tomar las vistas exactamente de perfil sino de tres cuartos, porque las articulaciones coxo-femorales vendrían a ocultar la sombra uterina. La vista estereoscópica, puede con rigor suplir a las radiografías de perfil y sobre todo ella la completa dando a la vista y en relieve la pequeña pelvis con las cavidades uterinas y tubarias llenas y mostrando sus posiciones exactas y respectivas; es una visión muy demostrativa. Pero la inyección opaca no muestra más que el contorno interior de las vísceras y en ciertos casos particularmente en los casos de tumores pélvicos es interesante de tener el contorno interior de los órganos de la pequeña pelvis. Dos medios permiten de alcanzar este fin, el Neumo Peritoneo y el procedimiento del Hilo de plomo".

El Neumo peritoneo ha sido asociado a la inyección opaca por Heusser Yung y Shirmer; el Neumo peritoneo da ciertamente el contorno exacto de los órganos pero es un procedimiento delicado y que no es del todo inofensivo; la punción del abdómen, la insuflación del gas, la posición del enfermo en inclinación ventral, o genupectoral, las modificaciones del pulso y de la presión, las dificultades de origen frénico, la posibilidad de un síncope, son elementos desagradables que se deben evitar al enfermo; por lo que el Neumo peritoneo queda como un procedimiento de excepción. El único caso donde ningún método puede reemplazarlo es cuando se desea tener una imagen del ovario para ver si su contorno está modificado por las formaciones esclero-quística y es un caso excepcional en la práctica. Por lo que en la totalidad de los casos y sobre todo en el examen de los tumores pélvicos preferimos el procedimiento del "Hilo de plomo".

Procedimiento del "Hilo de plomo".—En presencia de un tumor pélvico es a menudo difícil de determinar la posición exacta del útero en el conjunto del tumor palpable. Es por lo que esta noción predomina en el diagnóstico diferencial, entre tumor uterino particularmente entre fibroma y quiste del ovario. En lugar de determinar el contorno exterior del tumor por el Neumo peritoneo, ir colocando el hilo de plomo en la piel sobre el contorno del tumor palpable.

Antes del examen radiológico se determina cuidadosamente sobre la piel con lápiz

dermográfico el contorno de la masa palpable; después el enfermo acostado sobre la mesa radiológica se coloca el hilo de plomo maleable sobre el trazo hecho ante mano. Una vez que se llena de Lipiodol la cavidad del útero se toma una radiografía con el ámpula bajo de la mesa y la placa sobre el abdómen al contacto del mismo Hilo.

Se obtienen así dos sombras, la una lineal, que es la imagen del Hilo de plomo que limita la masa tumoral, y la otra extendida, plana, que es la imagen de la cavidad uterina. Se ve así si la sombra uterina está bien centrada en el tumor o si al contrario ella está rechazada a la periferia. Este procedimiento simple y anodino dá resultados muy aproximados que en la mayoría de los casos son suficientes.

Manera de practicar el examen radiológico

La víspera del examen gran lavativa evacuadora. La mañana del examen inyección vaginal yodada.

El enfermo es instalado sea directamente sobre la mesa radiológica dotada de estribos o sobre una mesa ginecológica poniendo a la enferma un espejo vaginal, se hace una embrocación del fondo de la vagina, hocico de tenca, con tintura de yodo.

Si se trata de un cuello normal que haga saliente en el centro de la vagina se hará uso de la pinza porta-sonda. Se coge el borde del cuello izquierdo con los dientes de la pinza, practicando la toma lo más lejos posible del orificio externo; se aprieta la pinza moderadamente sin hacer mal. Se llena con Lipiodol toda la sonda de manera de expulsar todo el aire que contenga y se cierra la llave posterior; y se introduce suavemente en el canal cervical. Se solidariza la sonda con la pinza haciendo entrar la espiga circular en la garganta cuadrada de la pinza (teniendo cuidado de mantener la llave vertical. No queda más que girar suavemente el botón para hacer avanzar la sonda y meter el pico de cautcho apoyándose con una cierta fuerza sobre toda la superficie del canal cervical y orificio externo del cuello; después se tapona la vagina con dos compresas de gaza y se retira las dos valvas del espejo vaginal y el enfermo queda listo para su examen.

En los casos de cuellos difíciles, pequeños, poco salientes, desviados, anteflexos o retroflexo y sobre todo en los casos de tumor pélvico donde el cuello está rechazado contra una de las paredes de la vagina, es a menudo difícil y peligroso cateterizar el cuello con una sonda rígida. Es en estas condiciones que es necesario emplear nuestra primera técnica de sondas blandas y maleables. Primero se hace la histerometría de la dirección del canal cervical y de su calibre probable. Se ensayan diversas sondas de goma y se escoge aquélla que entre un poco ajustada y obstruya bien el cuello; después se llena de Lipiodol, se tapa su orificio posterior con un tapóncito estéril o con el extremo de la llave del histeromanómetro, se coloca en su lugar y se introduce hasta que pase el istmo; se acaba la obturación cogiendo el cuello con dos pinzas de Musseux. Se fija la sonda y las pinzas anudándolas con compresas de gaza, se tapona la vagina y se retira las dos valvas del espejo quedando el enfermo listo para examinarse.

Según los casos se transporta el enfermo de la sala al laboratorio de radiología, o bien mejor se le acuesta sobre la mesa radiológica, y se quitan los estribos. Se llena de Lipiodol el histeromanómetro que ya se encuentra estéril y se le ajusta a la sonda. A los diez minutos de acostumbrarse a la obscuridad se inyecta la solución lenta y progresivamente haciendo subir la presión entre diez y veinte centímetros de mercurio; una vez que se ha inyectado 10 c. c. se cierra la llave y se ve en la pantalla la progresión de la inyección. Si la imagen obtenida es juzgada interesante se colcca la placa sobre el abdómen y se saca la radiografía; después se vuelve a inyectar más solución y se vuelve a hacer nuevo examen radioscópico. En los casos normales y medianos con 15 c. c. se llena el útero y las trompas y se obtiene

el principio del paso del Lipiodol al peritoneo. Con 20 c. c. este paso es muy claro y muy abundante.

Una vez que el líquido esté claramente pasado al peritoneo o se vea detenido o que el llenado uterino se vea completo y terminado, se cierra la llave y se retira el histeromanómetro; se desliza bajo del enfermo el diafragma Potter-Buckey y se dispone una ámpula arriba de la mesa. Para obtener imágenes estereoscópicas se toman dos radiografías de frente desalojando la ámpula 6 cent. 3 cent. de un lado y 3 cent. del otro lado de un plano vertical que pase por la parte media del Pubis de manera de obtener dos imágenes simples y estereoscópicas.

Para obtener la radiografía de perfil se acuesta al enfermo sobre el flanco, el abdómen apoyado sobre la concavidad del Buckey.

Con un Potter Buckey y dos pantallas reforzadoras gastando 40 a 50 Millia por segundo con una chispa equivalente a 13 o 15 centímetros, los tiempos de exposición son de 3 a 4 segundos poco más o menos para las vistas de frente y de 6 a 8 segundos para las vistas de perfil.

Para emplear el procedimiento del hilo de plomo, el contorno cutanio una vez trazado con el lápiz dermográfico, es suficiente de poner en su lugar el hilo de plomo y fijarlo con el esparadrapo; y tomar la radiografía con ámpula abajo y placa sobre el abdómen. Si se quiere en estas condiciones obtener una bella imagen con ámpula arriba y Buckey bajo del enfermo; es suficiente de poner el hilo paralelamente al contorno cutanio y adentro de él para corregir la desviación debida a la distancia. Una vez la radiografía tomada se les revela inmediatamente antes de quitar la sonda; se puede así si un cliché no está bien tomar otro. Una vez el examen terminado se tiene al enfermo por prudencia acostado sobre el lecho algunas horas. Si el estudio de la permeabilidad tubaria permanece dudoso se practicará 24 a 48 horas después del examen una radiografía de control por simple imagen de la Pelvis de frente con Buckey.

Señor Doctor, Recete Usted:

PULMOSEPTINA.—
Patente 31655

Intensa medicación antibacilar contra la tuberculosis pulmonar.—Resultados comprobados por eminentes bacteriólogos de esta Capital.

CREOSOYODINA.—
Re. 11477 D. S. P.

Antiséptico de las vías respiratorias.
Cada ampolleta de 2 c. c. contiene:

Creosota	0.10
Guayacol	0.10
Alcanfór	0.05
Colesterina	0.05
Yodo	0.01 (0.02)

MORRUI-LECITINA.—
Reg. 12259 D. S. P.

Poderoso auxiliar en las afecciones del aparato respiratorio.
Cada 2 c. c. contienen:

Morruol etílico	0.10
Lecitina	0.10
Colesterina	0.05
Fenol	0 05
Yodo metálico	0.02

Inyección estrictamente intramuscular.

Farmacia del Cinco de Mayo

5 de Mayo núm. 15.

Mexicana L-97-30. Ericsson 2-90-15.

AMPOLLETAS
"QUINAPON"

Reg. D. S. P. 1192

PARA EL PALUDISMO, PNEUMONIA, GRIPPE, Etc.

Una combinación perfecta que aumenta por lo menos cuatro veces la acción antitérmica de la Quinina. No produce zumbidos de oído. Tonifica el corazón. Es indoloro.

Cajas de 5 ampolletas de 5 c. c. y cajas de 10 ampolletas de 2 c. c.

IMPORTADORES:

Compañía Internacional de Drogas, S. A.

Isabel la Católica 85. México, D. F.

EFEDRINA "NAGAI"

Reg. D. S. P. 960

El medicamento más eficaz para el tratamiento del

ASMA BRONQUIAL

y para todos los casos en que sea necesario elevar la presión sanguínea. Administración por vía hipodérmica y oral.

IMPORTADORES:

Compañía Internacional de Drogas, S. A.

Isabel la Católica 85. México, D. F.

Operaciones Toracoplásticas

Por el Dr. George Straube

Traducción del Dr Fernando Rueda Magro.

(Continuación del núm. 48 pág 1701)

Un gran dreno perforado se lleva hasta la vecindad de la primera costilla, a través de toda la longitud de la operación y dejando que salga por la partee inferior de la incisión suturada. Después se hace la sutura cutánea, se cubre la operación con una curación aséptica y encima una especie de apósito compresivo mantenido por telas adhesivas que acrecentarán la compresión mencionada. Finalmente se pondrá un vendaje de "Elastikón", una de cuyas extremidades pasará por el hombro del lado sano, le dará vueltas al pecho y terminará en la parte anterior del abdómen; procurando que todo el apósito no se mueve de su lugar; y a veces todavía se pondrá una gran capa de algodón que se sostendrá con un vendaje de gasa simple, no constrictivo". Estas fueron las palabras propias de Sauerbruch en 1920. La observación del trabajo hecho en la Clínica de Munich en 1927, sin embargo, muestra una tendencia a llevar a cabo la operación en una sola sesión siempre que sea posible. La incisión consistirá en una larga línea que irá desde un poco abajo del del borde superior del músculo trapezio, corriendo hacia abajo a lo largo del borde externo de los músculos lagos de la espalda y de ahí a lo largo de las costillas décima o undécima, profundizándose rápidamente por medio del bisturí hasta llegar al plano costal. La remoción de la undécima costilla se hace con el fin de conseguir la completa relajación del músculo diafragma, en casos en que no se haya practicado previamente la exéresis del nervio frénico; mientras que la resección de la primera costilla es obsolutamente indispensable a fin de conseguir el colapso completo de la pared costal, imposible sin tal resección. Solamente en los casos en que el ápex está tan hundido, que el pulmón únicamente llega hasta la costilla segunda, o cuando existe una articulación en la porción cartilaginosa de la primera costilla; esta resección puede ser posiblemente omitida. Por lo que respecta a la magnitud de la resección: ésta es influenciada por la gravedad y extensión de la enfermedad, y el estado del paciente. Generalmente, son quitados, tres centímetros de la primera costilla, de la segunda, tercera, cuarta y quinta costillas, seis a ocho centímetros; de la sexta, séptima y octava, doce a quince centímetros; de la novena, décima y undécima, de doce a seis centímetros. El total es de cerca de 115 centímetros. Muchos cirujanos resecan más; algunos de ellos hasta 180 cc. En estos casos vemos una tendencia hacia lo que pide Braer, o sea que de cada costilla la resección sea entre cinco y quince centímetros. También la excisión del muñón vertebral de la costilla será llevado a cabo con gran cuidado y completamente, hasta que aparezca la apófisis transversal espinal. Los músculos largos del dorso, para llevar a cabo esto, serán fuertemente etraído hacia adentro. En caso necesario la operación será llevada a cabo en varias sesiones separadas por intervalos de dos a tres semanas. La localización de la tuber-

culois puede permitir una resección menos radical en la porción inferior, mietras que en el caso de un proceso tuberculoso muy extendido y que abarque todo el pulmón, será necesario una grandísima remoción huesosa. La musculatura intercostal no sufrirá ningún trauma o desvitalización por medio de las tijeras.

Por lo que respecta al tratamiento del periosteo y de los nervios intercostales, Cauerbruch es de opinión que la remoción del periosteo conduce a que subsecuentemente se hernie el pulmón, mientras que su no remoción tiene la desventaja de que el enfermo tiene una sensación post-operatoria de tiesura y constricción, en cualquier movimiento. Además, la muy rápida regeneración costal puede traer consigo un impedimento a la retracción del pulmón, y a veces puede producir la posición inspiratoria del tórax. El "climax" de este estado se alcanza en toda su magnitud, solamente después de seis a nueve meses. La experiencia, sin embargo, ha mostrado, que tal regeneración excesiva huesosa, particularmente ocurre en casos de inflamación intensa y crónica, pre-operatoria que trae consigo un proceso de paqui pleuritis. Esto es más frecuente que ocurre con la segunda, tercera y cuarta costillas; debido a la más frecuente invasión de esa región por el proceso tuberculoso. En tal caso debe practicarse a toda costa la excisión del periosteo. Un periosteo fácilmente despegable y delgado, debe ser preservado. Por lo que respecta a los nervios intercostales, frecuentemente dan lugar a irradiaciones dolorosas irradiadas, después de la toacoplastía; pero únicamente en el caso anteriormente indicado. Consecuentemente, ellos deben ser rescatados, hasta uno o dos centímetros de la espina dorsal, juntamente con los demás tejidos, engrosados e inflamados. Sin embargo, en este caso, hay que tener cuidado porque su resección puede traer consigo la pérdida de la tonicidad muscular de la pared abdominal (intercostales 10, 11 y 12), y eventración consecutiva, en virtud de la pérdida de inervación de los rectos anteriores.

La anestesia que resulta, como regla, Los dolores post-operatorios pueden ser grandemente disminuídos o prevenidos enteramente, aplicando el pricedimiento de Davies, Hedblom y otros, que inyectan una cantidad mínima de alcohol absoluto en cada uno de los nervios intercostales, como ya se expuso. Esto, a mi entender, es un procedimiento excelente que merece que se popularice.

III.—Toracoplastía paravertebral sub-escapular (Brauer).

Brauer, basando su procedimiento en la operación de Friedrich, al principio (1914), hacía dos incisiones, una a lo largo de los músculos largos del dorso, la otra en la línea axilar anterior o enfrente de ella y, después de dividir las costillas a lo larrgo de la incisión posterior, despega el periosteo en forma de tubo por medio de instrumental especial, corta las costillas enfrente y las extrae "como sale un dedo de su guante". En posteriores desarrollos del método, Brauer usó una incisión en forma de herradura conectando ambas líneas mencionadas a lo largo de la décima costilla y permitiéndole levantar un colgajo conteniendo todo el músculo serratus anticus con sus vasos y nervios, la escápula, y parte del latíssimus dorsi y el pectoralis major. Esto da un magnífico acceso a toda la pared toráxica desde la segunda a la onceava costilla, y provoca de un modo que llama la atención, poquísima hemorragia. Después, reconociendo la desventaja de su procedimiento (extensión muy grande de la incisión), modificó la operación y usó una incisión similar a la de Wilms y Sauerbruch, sin abandonar, sin embargo, la resección extensa de las costillas y la acción de relleno de la escápula que considera esencial para el éxito.

Su manera de proceder, como lo describe en 1923, es como sigue: La incisión deja cerca de dos traveses de dedo de músculo trapecio intacto, comienza en la quinta apófisis espinosa dorsal y se prolonga después hacia el punto que se desee. Corre a lo largo del borde externo de los músculos largos espinales, abajo hacia la décima costilla, en

donde se incurva hacia afuera. La cicatriz no deberá reposar sobre los muñones costales, a fin de prevenir dolores subsecuentes. El periosteo es incindido sobre la costilla y despegado de todo su alrededor. La resección subperióstica de las costillas comienza con la décima o undécima costilla.

La línea media de sección está colocada tan cerca de las apófisis transversas como sea posible; y cuando menos dos o dos centímetros y medio por término medio, del ángulo costal, a fin de permitir a la escápula que repose cómoda y profundamente en el tórax, después de terminar la operación. Los músculos largos del dorso serán muy bien retraídos hacia adentro y las inserciones musculares tendrán el periosteo cuidadosamente despegado, a fi nde que los músculos más tarde, vuelvan a insertarse en los huesos de nueva formación. Brauer considera esto de importancia con respecto a la forma y funcionamiento subsecuente de la columna vertebral. También desaconseja el uso de la gubia de Luer para verificar la sección y arrancamiento de los pedazos que quedan de costilla, en virtud de que la primera (la sección), da lugar a que queden picos huesosos, y la última (el arrancamiento), destruye el aparato ligamentario lateral de la espina, los nervios y los vasos, la pleura y posiblemente el tracto simpático. Por supuesto, ningún cirujano de tórax cuidadoso será responsable de métodos tan burdos; y si usa el instrumento de Luer, tendrá que controlar cuidadosamente todos los extremos seccionados de los huesos, antes de cerrar la herida. Por lo que respecta a la longitud de sección, Braeur quita 10 a 12 cms. de la décima costilla, 12 a 16 de la novena, 15 centímetros de la octava a la quinta, 13 y medio cms. de la cuarta, 12.8 de la tercera, 8.8 de la segunda y 3.5 de la primera. En total, reseca de 125 a 130 cms. La extensión variará de acuerdo con la conformación, el tamaño y la elasticidad de la pared toráxica. De las costillas superiores pedazos más pequeños son resecados, de la primera costilla, de tres a cinco centímetros. La línea de resección deberá seguir una línea pareja, sin que sobresalga ninguna costilla. La undécima costilla sería removida, si es que completamente, en un estadío posterior; a fin de no despojar a la pared toráxica de toda su resistencia estructural, de un golpe. El objeto principal de Braeur es prevenir el balanceo post-operatorio de la pared costal, dejando las costillas intactas de la porción lateral e inferior del pecho; y la remoción de todas las costillas que están bajo la escápula, para alcanzar una depresión profunda de esta región (acción de empaque de la escápula).

La evaluación de los tres métodos, como se practican actualmente, muestra que cada uno de ellos tiene distintos puntos de excelencia. Por otro lado, es evidente que los que están más próximos a cada tipo, están dispuestos, bajo condiciones especificadas ya, a hacerse concesiones mutuas, tan es así que difícilmente se puede hablar de un procedimiento por separado, sino únicamente de toracoplastía en general. La mayor parte de los cirujanos de tórax, de hecho reconocen esto, y por consecuencia usan cualquiera de las combinaciones de todos los métodos, de acuerdo con cada caso individual. Este hecho, sin embargo, no resta méritos de ningún modo a los méritos bien ganados de todos aquellos que originaron y desarrollaron la operación hasta su clásica forma presente.

Técnica de la Toracoplastía parcial

Esto requiere consideración separada en virtud de uno que otro punto de técnica, que la experiencia ha mostrado que es de mayor o menor interés. El procedimiento limitado al lobo inferior, no difiere materialmente de la primera parte de una toracoplastía total en dos sesiones, con excepción de que la resección de la quinta costilla es incluída prácticamente siempre, y la de la cuarta costilla lo es usualmente. En algunos casos encontramos que la toracoplastía paravertebral no ha tenido éxito en el colapso completo y eliminación de las cavidades del

ápex. Entonces se vuelve necesario agregar otra operación plástica a fin de llegar al fin propuesto. De acuerdo con Sauerbruch esto se lleva a cabo perfectamente bien, por medio de la remoción de una sección adicional de la primera costilla incluyendo hasta la quinta, por la parte anterior. Welles aconseja una operación toracoplástica accesoria para el colapso de las grandes cavidades en el ápex, que es muy similar a la de Sauerbruch. La técnica como fué decrita en 1927 es como sigue: El paciente está en decúbito supio, con el brazo extendido arriba de la cabeza. Una incisión es hecha en la línea axilar anterior, principiando en la porción tendinosa del pectoral mayor, y extendiéndose hacia abajo hasta la sexta o séptima costilla. La piel y el tejido celular sbcutáneo son seccionados, pero sin llegar a encontrar músculos, grandes vasos o nervios; el corte sangra muy poco y pronto son expuestas las costillas, en una línea posterior al principio del músculo pectoral, y anterior a las digitaciones del serrato mayorr. Empezando con la cuarta costilla, inmediatamente se practicará el despegamiento periostal por medio de instrumental apropiado; y la costilla será descubierta hacia adelante, por debajo del pectoral hasta el cartílago; y por atrás por abajo de las inserciones del gran dentado, te dejado por la toracoplastía posterior. La en toda la extensión y hasta el final del corcostilla entonces es removida en toda su extensión; y se repite la misma maniobra con la tercera, quinta y sexta y probablemente con la séptimaé dependiendo todo de la localización y extensión de la cavidad. La segunda costilla es algo más difícil de dejarse abordar y puede ser imposible la remoción completa del pedazo de ella que queda. Sin embargo, será excindido un buen pedazo, como por rejemplo, de 2 pulgadas (5 centímetros), o más. No es necesario cortar la primera costilla, si ya se ha dividido al practicar la operación posterior. Siguiendo a la remoción subperióstica de las costillas, se verá al pulmón hundirse libremente en cada inspiración, lo mismo que se observa en las operaciones paravertebrales. La herida se cierra por sutura subcutánea al catgut y por las puntadas ordinarias de la piel. No hay capas musculares que suturar. Un dreno de hule es colocado, el cual sale por un pequeño agujero practicado en la línea axilar posterior, y rinde mucho mejor drenaje que si se inserta en la incisión principal. Un gran apósito compresivo se aplica y se le sujeta fuertemente, por medio de tiras de tela adhesiva, que van desde el esternón hasta la espina. El uso de la nueva clase de tela adhesiva (Elastikón), elástica, es muy recomendable, en virtud de que da a la herida una compresión continua e igual. Hedblom, siguiendo un procedimiento similar "costectomía anterolateral", reporta buenos resultados en 24 casos. La considera una operación eficiente y complementaria ("a following-through operation"), en caso de colapso inadecuada, después de que se ha practicado la toracoplastía paravertebral posterior. Sin embargo, puede decirse que rivaliza con este método, el procedimiento de decortinación pleural, más relleno con pastas o grasa de la área atacada, de lo cual ya nos hemos ocupado.

(Continuará).

Vacuna

Preventiva

curativa

Antituberculosa

Records obtenidos con A-O.

CURADOS Y ALIVIADOS

Tuberculosis pulmonar en periodo inicial	96%	Tuberculosis ocular	99%
Tuberculosis pulmonar de mediana intensidad	83%	Tuberculosis de la piel	100%
Tuberculosis pulmonar en periodo avanzado	53%	Tuberculosis urogenital	91%
Tuberculosis glandular	92%	Tuberculosis pleural y peritoneal	86%
Tuberculosis osea y articular	82%	Aplicación profiláctica	90%
Fístula y otras	80%		

Reg. D. S. P. 9793

Distribuidores: Cía. Internacional de Drogas, S. A. Isabel la Católica 85, México, D. F.

AMYTAL SODICO LILLY

PARA LA PREPARACION PREOPERATORIA DE CASOS QUIRURGICOS

El uso del Amytal Sódico previo a la inducción de anestesia general por inhalación, reduce al mínimo la ansiedad preoperatoria del paciente, rebaja la cantidad necesaria del anestésico por inhalación y disminuye muchísimo el malestar postoperatorio. Calma los nervios e induce el descanso y el sueño.

Amytal Sódico se presenta en cápsulas para uso oral y en ámpulas selladas para inyección hipodérmica.

D. S. P. 4054

Usese exclusivamente por prescripción
y bajo la vigilancia médica.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.